

# 간호사 배치기준에 대한 정책적 함의

## Policy Implications of Nurse Staffing Legislation

유선주  
한국보건산업진흥원

Sun-Ju You(sunju@khidi.or.kr)

### 요약

급성기 병원의 간호사 배치수준은 환자안전 및 성과에 영향을 미치며, 간호사 배치기준의 법제화는 환자 안전에 필요한 최소 인원을 보장하는 중요한 수단이 될 수 있다. 우리나라는 의료법에 간호사 정원기준을 제시하고 있으나, 환자안전 보장 및 간호의 질 향상을 위해서 다음의 몇 가지 사항에 대한 개선이 필요하다. 첫째 1962년 제정된 현행 의료법의 간호사 정원기준은 보건의료환경 변화에 따라 적정성에 대한 재검토가 필요하다. 둘째 의료법의 간호사 정원은 의료기관이 준수하여야 할 최소 인원으로 모든 의료기관이 준수하도록 관리되어야 한다. 셋째, 간호사 배치기준은 환자의 이해를 돕고, 관리가 용이하도록 근무조당 입원환자 수 대 간호사 수를 기준으로 하도록 한다. 넷째, 병원 간호단위별 근무조별 간호인력 배치정보를 공개하여야 한다.

■ 중심어 : | 간호사 | 배치기준 | 법제화 |

### Abstract

The nurse staffing level in the acute care hospitals affects patient safety and performance, and the nurse staffing legislation can be an important tool to guarantee the minimum nurse staffing. In Korea, although the medical law suggests the nurse staffing standards, it is necessary to revise the medical law for quality of nursing care and patient safety. Firstly, the nurse staffing standards in the current medical law enacted in 1962 needs to be revised to reflect changes in health care environment. Secondly, legal nurse staffing standards in the medical law are the minimum nurse staffing that medical institutions should comply with and thus must be managed so that all medical institutions should abide by them. Thirdly, the nurse staffing standards should apply on the basis of RN-to-patient ratios per shift in order to help patients understanding and ensure the easy management. Fourthly, the information of nursing staff level by the nursing unit and nursing shift in hospitals shall be released.

■ keyword : | Nurse | Staffing Standard | Legislation |

## I. 서론

보건의료서비스는 훈련된 보건의료인력에 의해 제공

되며, 보건의료인력의 양성과 관리는 국민건강에 직접적인 영향을 미치는 요인일 뿐 아니라 막대한 사회적 비용이 투자되어야 한다는 점에서 보건의료정책의 중

\* 본 연구는 대한간호협회 연구과제로 수행되었습니다.

접수번호 : #130404-006

접수일자 : 2013년 04월 04일

심사완료일 : 2013년 05월 06일

교신저자 : 유선주, e-mail : sunju@khidi.or.kr

요한 부분의 하나이다[1]. 간호사는 의료기관내 직종별 인력 중 비율이 가장 높아 일반병원에서 평균 32.6%를 차지하며, 요양기관 종별 100병상당 평균 간호사 수는 급성기 병원 내에서도 편차가 커서 상급종합병원 78.8명, 300병상 이상 종합병원 52.4명, 300병상 미만 종합병원 49.4명, 병원 18.6명 순이다[2]. 간호사에 대한 수요는 향후 보건의료 환경 변화 및 보건의료정책에 따라 달라질 수 있어 인구 고령화, 국민소득의 증가 등 보건의료서비스 요구도 증가는 간호사의 수요를 증가시킬 것으로 전망된다[3][4].

다양한 보건의료인력 중 간호사는 입원환자를 24시간 지속적으로 관찰하고 환자에게 필요한 간호를 지체 없이 제공해야 하는 역할을 담당하며, 최근 고도의 의학과 기술과 침습적 치료 및 중재가 증가함에 따라 환자상태를 모니터하고, 환자 변화에 즉각적으로 대처하여 안전하고 질 높은 간호를 제공하기 위한 적정수준의 간호사 확보가 더욱 강조되고 있다. 간호사 확보를 위하여 국가나 보험자가 할 수 있는 정책은 최소 인력 확보에 대한 규제와 재정적 인센티브로 나눌 수 있다[5]. 법에 정해진 간호사 대 환자 비율은 오늘날 보건의료에서 가장 논란이 많은 주제 중의 하나로 이를 옹호하는 사람들은 최소 배치기준이 질 관리, 간호사의 근로조건 개선, 간호사 부족에 대한 간호사 채용 및 재직 비율을 높이는 데 효과적이라고 하며, 반대하는 사람들은 법에 의한 비율 규정이 환자의 요구에 대처하는 병원의 경영 유연성을 감소시키면서 병원 예산에 대한 재정적 부담을 줄 수 있다는 점을 지적하고 있다[6].

이에 본 논문에서는 우리나라 및 미국, 일본 등의 간호사 배치기준에 대한 법제화 현황을 살펴보고, 현행 의료법 및 간호관리료 차등제에 제시된 간호사 배치기준의 개선방향을 모색하고자 한다.

## II. 간호사 배치기준의 법제화 현황

### 1. 의료법의 간호사 정원기준

우리나라의 의료기관에 두는 간호사 정원 기준은 의료법 제36조(준수사항), 의료법 시행규칙 제38조(의료

인 등의 정원) [별표 5]에 따른다. 의료법 제36조에 따라 의료기관을 개설하는 자는 의료기관의 종류에 따른 의료인 등의 정원 기준에 관한 사항을 지켜야 한다. 의료법 시행규칙 제38조(의료인 등의 정원) [별표 5]에 서 간호사의 정원은 종합병원, 병의원 및 치과종합병원, 치과의원과 한방병의원, 요양병원으로 구분된다. 간호사 정원은 요양기관 종별 구분에 따라 연평균 1일 입원환자를 기준으로, 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산하여 적용한다. 종합병원, 병의원 및 치과 병의원은 연평균 입원환자를 2.5명으로 나눈 수이나, 한방 병의원 및 요양병원은 이보다 2배 이상 많은 각 5명, 6명으로 완화된 기준을 적용한다.

표 1. 의료기관에 두는 간호사의 정원

요양기관 종별 구분	간호사(치과의료기관의 경우에는 치과위생사 또는 간호사)
종합병원/병원/의원 치과종합병원/ 치과의원	연평균 1일 입원환자를 2.5명으로 나눈 수(이 경우 소수점은 올림) 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산함
한방병원/한의원	연평균 1일 입원환자를 5명으로 나눈 수(이 경우 소수점은 올림). 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산함
요양병원	연평균 1일 입원환자 6명마다 1명을 기준으로 함(다만, 간호조무사는 간호사 정원의 3분의 2 범위 내에서 둘 수 있음). 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산

2013년 현재 의료기관에 두는 간호사의 정원은 1962년에 입원환자 5인대 2인(외래환자 30명은 입원환자 1명으로 환산)으로 제정된 후 1973년 삭제, 1983년 재신설되었다. 1962년 대비 입원환자 환산기준은 동일하나, 외래환자 환산기준은 30명에서 12명으로 상향조정되었다. 그간의 환자안전 강화 등 보건의료 환경 변화에 따른 간호사의 역할 확대에도 불구하고, 간호사 정원 기준은 1962년 제정 후 동일한 수준이며, 2008년 의료법 전면개정 당시에는 법률적 표현을 ‘입원환자 ○명마다 ○명을 기준으로 함’에서 ‘입원환자를 ○명으로 나눈 수’로 바꾸어 이해하기 쉽게 바꾸고자 하였으나, 1994년 제정된 요양병원 정원기준은 연평균 1일 입원환자 6명마다 1명을 기준으로 하는 표현을 사용하고 있어 종합병원 등의 개선사항이 반영되지 않았다.

표 2. 의료법 시행규칙에 의한 의료기관에 두는 의료인의 정원 중 간호사 관련 제개정 추이

제·개정	간호사 인력기준	비고
[시행 1962.5.7] [보건사회부령 제77호, 1962.5.7, 제정]	제32조 (의료기관의 종업원의 표준) ① 의료기관은 다음의 표준에 의하여 의사, 치과의사, 한의사, 간호원 기타 종업원을 두어야 한다. 4. 간호원: 1일 평균 입원환자 5인 대 2인 또는 외래환자 30인대 1인의 비율로 두고 그 단수마다 1인을 증가할 것	신설
[시행 1972.3.13] [보건사회부령 제391호, 1972.3.13, 일부개정]	제32조 (의료기관의 종업원의 표준) 4. 간호원: 1일 평균 입원환자 5인 대 2인 또는 외래환자 30인대 1인의 비율로 두고 그 단수마다 1인을 증가할 것. 다만, 보건사회부장관이 정하는 바에 의하여 간호보조원으로 대체할 수 있다.	간호보조원, 대체 조항 추가
[시행 1973.10.17] [보건사회부령 제426호, 1973.10.17, 전부개정]	삭제	삭제
[시행 1983.1.21] [보건사회부령 제717호, 1982.12.31, 일부개정]	<신 설> 제28조의4 (의료인등의 정원) ①법 제32조의 규정에 의한 의료기관의 종별에 따르는 의료인의 정원은 별표 4와 같다. 연평균 1일 입원환자 5인에 대하여 2인을 기준으로 하며 그 단수에는 1인을 추가함. 외래환자 12인은 입원환자 1인으로 환산함(종합병원, 병원, 의원, 치과병원, 병원: 종합병원과 같음)	'73년과 유사내용으로 재신설 외래환자 환산은 30인에서 12인으로 강화 간호보조원 대체조항 포함
[시행 1990.1.9] [보건사회부령 제840호, 1990.1.9, 일부개정]	<한방병원, 한의원>연평균 1일 입원환자 5인에 대하여 1인을 기준으로 하며 그 단수에는 1인을 추가함. 외래환자 12인은 입원환자 1인으로 환산	한방병원/의원에 대한 기준 추가
[시행 1994.9.27] [보건사회부령 제945호, 1994.9.27, 일부개정]	<요양병원> 연평균 1일 입원환자 6인 마다 1인을 기준으로 함 (단, 간호조무사는 간호사 정원의 3분의 2범위 내에서 둘 수 있음)	의료기관의 종별에 요양병원을 신설함에 따라 요양병원 기준 추가
[시행 2008.4.11] [보건복지가족부령 제11호, 2008.4.11, 전부개정]	연평균 1일 입원환자를 2.5명으로 나눈 수(이 경우 소수점은 올림). 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산함	용어/표현, 정비
[시행 2009.7.1] [보건복지가족부령 제123호, 2009.7.1, 타법개정]	외래환자 12인은 입원환자 1인으로 환산	요양병원에 대한 외래환자 환산규정 추가

간호사는 보건복지부 장관의 면허를 부여받아 의료법 제2조에 따라 상병자나 해산부의 요양을 위한 간호 또는 진료 보조 및 대통령령으로 정하는 보건활동을 임무로 한다. 의료법 제27조(무면허 의료행위 등 금지) 제1항에 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다는 조항을 두고 있다. 간호조무사는 시·도지사의 자격인증을 받아 의료법 제2조(의료인)의 범주에 포함되지 않으나, 의료법 제80조(간호조무사) 제2항에 따라 간호조무사는 제27조(무면허 의료행위 등 금지)에도 불구하고 간호보조 업무에 종사할 수 있다. 이 법을 적용할 때 간호사에 관한 규정을 준용하며, "면허"는 "자격"으로, "면허증"은 "자격증"으로 한다고 제시하고 있다.

간호사 정원을 간호조무사로 충당하는 것과 관련된 법 조항으로 의료법 시행규칙 제38조(의료인 등의 정원) 중 요양병원은 간호사 정원의 3분의 2 범위 내에서 간호조무사를 둘 수 있으며, 동 조항의 제3항은 보건복지부 장관이 간호사나 치과위생사의 인력 수급상 필요하다고 인정할 때는 의료법 제36조 제5호에 따라 의료기관의 종류에 따른 의료인 정원의 일부를 간호조무사로 충당할 수 있도록 허용하고 있다. 또한 보건복지부의 간호조무사 정원에 관한 고시는 의원, 치과의원 및 한의원에 대하여 해당 의료기관의 입원환자 수에 따라 간호사의 정원을 간호조무사로 충당할 수 있는 간호조무사 비율을 차등화하여 허용하고 있다[7].

표 3. 의료법의 간호사 정원 관련 간호조무사 조항

법 조항	내용
의료법 시행규칙	제38조(의료인 등의 정원) ③ 보건복지부장관은 간호사나 치과위생사의 인력 수급상 필요하다고 인정할 때에는 제1항에 따른 간호사 또는 치과위생사 정원의 일부를 간호조무사로 충당하게 할 수 있다.
간호조무사 정원에 관한 고시 (1990.3.23, 보건복지부 고시90-26호)	의료법 시행규칙(별표5)의 의료기관에 두는 의료인 등의 정원 중 간호사의 정원을 간호조무사로 충당할 수 있는 대상 및 범위는 다음과 같다. ① 입원환자 5인 이상을 수용하는 의원, 치과의원 및 한의원에 있어서는 간호사 정원의 100분의 50이내 ② 입원환자 5인 미만 외래환자만을 진료하는 의원, 치과의원 및 한의원에 있어서는 간호사 정원의 100분의 100이내

간호조무사로 충당하는 조항은 1972년 간호보조원 대체 조항이 추가된 후 1년만인 1973년 의료인 정원기준 삭제, 1982년 의료인 등의 정원 재신설 과정에서 보건복지부 장관이 간호사나 치과위생사의 인력 수급상 필요하다고 인정할 때 간호조무사로 충당하게 할 수 있다는 단서조항이 함께 포함되었다. 실질적으로는 간호사 등의 인력 수급상 간호조무사 충당이 필요하다고 인정할 때에 대한 구체적인 상황 제시가 없어 현재 법에 허용된 간호조무사의 충당범위는 요양병원과 의원, 치과의원, 한의원에 한정된다.

간호사를 포함한 의료인 등의 정원기준은 의료법 제36조에 의한 의료기관 개설자의 준수사항의 하나이다. 이를 위반한 경우 의료법 제63조(시정 명령 등)에 따라 보건복지부 장관 또는 시장, 군수, 구청장은 일정한 기간을 정하여 그 시설, 장비 등의 전부 또는 일부의 사용을 제한 또는 금지하거나 위반한 사항을 시정하도록 명령할 수 있다. 해당 시정명령을 이행하지 않은 경우 의료법 제64조(개설 허가 취소 등) 제1항 제3호 및 제6호, 의료관계행정처분규칙 별표(행정처분기준)에 따라 업무정지 15일에 처할 수 있다. 그러나 2011년 상반기 청구실적이 있는 전국 병원급 이상 의료기관 중 68.5%는 의료법의 간호사 정원기준을 위반하였으며, 이에 대한 시정명령 및 업무정지 등의 행정처분 사례는 단 1건도 없었다[8]. 즉 의료기관에 대한 간호사 정원기준이 법으로 의무화되어 있음에도 불구하고 현실에서는 유명무실한 법조항으로 간주되고 있어 간호사 배치기준에 대한 법과 제도의 개선과 함께 행정기관의 법 집행 노력 및 의지가 중요하다[9].

## 2. 건강보험의 간호사 배치기준

병원이 몇 명의 간호사를 확보하고, 간호서비스의 질에 얼마나 충실한가는 병원이 간호서비스를 제공하였을 때 받게 되는 경제적 보상에 따라 달라지는데 이 보상가치를 결정하는 간호수가체계 중 입원환자 간호서비스의 질을 좌우하는 기본간호의 충실성과 간호사 확보수준에 가장 큰 영향을 미치는 간호수가 항목이 간호관리료이다[10]. 일반병동의 간호사 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제는 적정수준의 간호인력을

확보하지 못한 요양기관에서 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원 진료시 간호서비스의 질이 저하되는 바람직하지 않은 현상을 해소하기 위해서 1999년 11월 도입되었다[11]. 2007년 4월에는 병원 대다수가 6등급, 종합병원은 4등급에 분포하는 것을 개선하고자 상급종합병원을 제외한 병원, 종합병원에 대하여 기본입원료 가산에서 직전등급 입원료 가산방식으로 변경하였다. 간호사 1명이 담당하는 병상수 비율에 따라 등급을 구분하여 가산된 입원료를 지급하는데, 병원 5등급, 종합병원 3등급 가산율을 10%에서 15%로 상향 조정하고, 최하위 등급이었던 6등급 의료기관이 간호사당 병상수를 4.5 이상으로 간호사 수를 최소로 유지하려는 최저고용문제를 해소하고자 추가로 7등급을 신설하였다. 즉 1-5등급은 입원료의 10~15%씩을 가산하되, 간호사당 병상수 6.0 이상인 7등급은 입원료 5%를 감산하게 된다. 그럼에도 불구하고 병원 대다수가 7등급으로 실질적인 차등이 이루어지지 않고, 간호인력 수급의 어려움 등을 토로, 서울 및 광역시 외에는 예외규정을 두어 소득세법시행규칙 제7조 제4호에 의한 의료취약지역 소재 요양기관은 차감을 면제하고, 그 외의 지역은 2% 감산으로 차감 수준을 완화하도록 기준을 재설정하였다[12].

표 4. '간호사 1명당 병상수 비율'에 따른 요양기관 종별 간호등급제도[11]

등급	상급종합		종합병원		병원	
	간호사당 병상수	가산율	간호사당 병상수	가산율	간호사당 병상수	가산율
1	2.0 미만	50%	2.5 미만	2등급의 10%	2.5 미만	2등급의 10%
2	2.0~2.5	40%	2.5~3.0	3등급의 10%	2.5~3.0	3등급의 10%
3	2.5~3.0	30%	3.0~3.5	4등급의 15%	3.0~3.5	4등급의 10%
4	3.0~3.5	20%	3.5~4.0	5등급의 10%	3.5~4.0	5등급의 10%
5	3.5~4.0	10%	4.0~4.5	6등급의 10%	4.0~4.5	6등급의 15%
6	4.0 이상	-	4.5~6.0	-	4.5~6.0	-
7	-	-	6.0 이상	-5%(-2%)	6.0 이상	-5%(-2%)

의료법상 중환자실의 시설·인력 기준 강화 및 중환자에 대한 적정 의료서비스 제공을 유도하기 위하여 2007년 10월 1일에 신생아 중환자실, 2008년 7월 1일에 성인·소아 중환자실에 대한 간호관리료 차등제가 신설되었다. 신생아 중환자실 간호관리료 차등제는 2008

년 1월 1일 전담전문의 의무규정이 추가되었으며, 성인·소아 중환자실 간호관리료 차등제는 의료법 시행규칙에서 정한 중환자실의 시설 장비 규정을 갖춘 중환자실에 한해 수가산정이 가능하다[12]. 중환자실 간호관리료 차등제는 제도 도입 시부터 하위 등급에 대한 감산을 동시 적용하고 있다.

표 5. 성안소아 중환자실 간호관리료 차등제[12]

등급	간호사당 병상수	가산율
1등급	0.5:1 미만	입원료 40% 가산
2등급	0.63:1 미만 0.5:1 이상	입원료 30% 가산
3등급	0.77:1 미만 0.63:1 이상	입원료 20% 가산
4등급	0.88:1 미만 0.77:1 이상	입원료 15% 가산
5등급	1:1 미만 0.88:1 이상	입원료 10% 가산
6등급	1.25:1 미만 1:1 이상	입원료 5% 가산
7등급	1.5:1 미만 1.25:1 이상	입원료 소정점수
8등급	2.0:1 미만 1.5:1 이상	의료취약지역 소재 : 입원료 소정점수, 취약지역 외 : 입원료 10% 감산
9등급	2.0:1 이상인 경우	의료취약지역 소재 : 입원료 소정점수, 취약지역 외 : 입원료 20% 감산

표 6. 신생아 중환자실 간호관리료 차등제[12]

등급	간호사당 병상수	가산율
1등급	1.0 : 1 미만	입원료 30% 가산
2등급	1.5 : 1 미만 1.0 : 1 이상	입원료 15% 가산
3등급	2.0 : 1 미만 1.5 : 1 이상	입원료 소정점수
4등급	2.0 : 1 이상	입원료 25% 감산

요양기관은 매분기말 16~20일까지 간호관리료 차등제 산정현황을 건강보험심사평가원에 제출한다. 일반병동 현황 미제출기관은 2007년 개정 고시에 따라 (종합)병원은 7등급, 종합전문요양기관, 의원, 한의원은 6등급으로 적용한다[13][14]. 중환자실 현황 미제출기관은 중환자실 입원료를 산정할 수 없으며, 미제출기관 중 직전분기에 시설·장비를 갖추어 제출하고, 전분기 이후 변동사항이 없는 경우는 중환자실 최저 등급을 산정하게 된다.

2010년 3분기 현재 요양기관 종별 일반병동 간호관리

료 차등제 미신고율은 15.3~92.2%에 달한다[15]. 특히 병원의 미신고 비율은 78.9%에 달하고 있어 대다수 중소병원이 의료의 질을 높이기 위한 적정 의료인력을 갖추려는 노력 자체를 하지 않는 것이며, 병원급 의료기관이 인력 산정현황을 신고하지 않는 것은 적은 인력으로 인건비를 절감하는 것이 수가 감산보다 더 이득이 되기 때문이라는 지적이 있다[16].

표 7. 2010년 3분기 간호관리료 차등제 미신고율(%)[15]

요양기관 종별 구분	일반 병동	성인/소아 중환자실	신생아 중환자실
계	92.2	36.9	23.0
상급종합병원	0.0	0.0	0.0
종합병원	5.5	11.1	19.6
병원(치과, 한방 포함)	78.9	72.4	81.3
의원	99.4	-	100.0
요양병원	-	84.6	-

### 3. 미국의 간호사 배치기준

연방법(42 Code of Federal Regulations, 42CFR 482.23)에 따라 메디케어 참여 병원은 환자에게 필요한 간호서비스를 제공하기 위하여 충분한 수의 간호인력(licensed registered nurses, licensed practical (vocational) nurses, and other personnel)을 확보하여야 한다[17]. 주법으로는 1999년 캘리포니아 주에서 간호사(RN) 최소배치기준에 대한 법이 처음 제정된 후 2013년 현재 15개주(CA, CT, IL, ME, MN, NV, NJ, NY, NC, OH, OR, RI, TX, VT, WA) 및 District of Columbia에서 간호인력 배치와 관련된 법률 및 규정을 채택하고 있다. 이 중 7개주(CT, IL, NV, OH, OR, TX, WA)는 병원에 간호인력 계획 및 규정을 담당하는 인력관리위원회를 설치, 운영하여야 하며, 5개주(IL, NJ, NY, RI, VT)는 간호인력 배치에 대한 정보공개 및 보고를 해야 한다[18].

캘리포니아 주는 1992년부터 간호사 배치기준에 대한 법제화를 시도, 1999년에 미국 내에서 처음으로 법이 제정되었으며[19], 2004년 1월 1일부터 주 내의 모든 병원이 제시된 기준을 준수하도록 하였다[20]. 간호사

최소 배치기준, 즉 간호사 대 환자의 최소 비율 (minimum registered nurse(RN)-to-patient ratios) 은 책임간호사 및 수간호사를 포함하지 않는 실무인력이며, 간호단위별로 세분화하여 제시하고 있다. 이 중 내외과계 간호단위는 2004년 처음 도입 시 배치기준이 1:6이었으나, 2005년 이후 1:5로 상향 조정되었으며, 암 환자 병동 등 특수 간호단위는 2004년 1:5에서 2008년 이후 1:4로 상향 조정되었다. 이는 간호사 대 환자에 대한 상시비율로서 내외과계 간호단위 1:5에 대한 필요인원은 3교대와 비번, 휴일 등을 고려하여 60%를 가산하면 40병상 규모의 경우  $(40/5) \times 3 \times 1.6 = 38.4$ 로 근무조당 8명, 실제 간호단위에 필요한 인원은 39명이다.

표 8. 캘리포니아 주 간호단위별 최소배치기준[21]

간호단위		배치기준
중환자실	중환자실(Intensive/Critical care)	1:2
	신생아중환자실(Neonatal intensive care)	1:2
수술장	수술실(Operating room)	1:1
	회복실(Post-anesthesia Recovery)	1:2
분만	분만장(Labor and delivery)	1:2
	회복(Antepartum)	1:4
소아	소아(Pediatrics)	1:4
응급 구역	응급실(Emergency room)	1:4
	응급중환자실(ICU patients in the ER)	1:2
	외상응급환자(Trauma patients in the ER)	1:1
내외과계	내외과계(Medical/Surgical)	1:5
기타	특수 분야(암 환자 병동 등)	1:4
정신	정신병동(Psychiatric)	1:6

캘리포니아 주의 의료기관은 법(Health and Safety Code)에 따라 주기적으로 간호사 배치기준 등 의료기관 개설요건의 준수여부에 대하여 연방정부 혹은 주정부의 감독(periodic inspections)을 받으며, 이 중 급성기 일반병원(acute care hospital)은 최소 3년마다 1회의 감독을 받는다. 또한 2013년 1월 1일부터는 급성기병원(general acute care hospital), 정신병원(acute psychiatric hospital), 특수병원(Special hospital)의 의료기관 개설요건 위반 등 즉각적인 위험에 대한 행정처벌을 강화, 최대벌칙금으로 1

회 위반시 \$75,000에서부터 2회 \$100,000, 3회 \$125,000 까지 부과할 수 있다[22][23].

#### 4. 일본의 간호사 배치기준

간호사 배치기준의 법적 근거는 의료법 제21조 제1항에 따른 의료법 시행규칙 제19조 제2항이다.

의료법의 간호직원 배치 표준인원은 병상 종별에 따라 구분되며, 실질적인 최저기준이다. 1948년 법 제정 당시 일반병상 입원환자 4명당 간호직원(간호사, 중간호사) 1명이었으나, 2001년 시행규칙 개정에 따라 입원환자 3명당 1명으로 상향 조정되었다. 일반병상과 대학병원의 정신병상, 감염증 병상은 3:1, 요양병상과 결핵 병상은 4:1이며, 외래환자 30명은 입원환자 1명으로 환산한다. 의료법 시행규칙에 근거하는 간호직원 배치 수는 병원 전체를 합하여 표준인원 이상의 간호직원이 배치되어야 한다[24]. 예를 들어 일반 입원병상 500병상에 일평균 입원환자 수 450명, 외래환자 수 900명을 가정하면, 입원환자 수로부터 산출된 150명(=450명÷3), 외래환자 수로부터 산출된 30명(=900명÷3)을 합한 180명이 배치 필요인원이 된다.

표 9. 일본 의료법의 간호직원 배치 표준인원[24]

구분		일반 병상	요양 병상	정신병상		감염증 병상	결핵 병상
배치 기준	간호사, 중간호사	3:1	4:1	3:1 (대학병원)	4:1 (기타)	3:1	4:1
	간호보조자		4:1				

병원 등의 간호사 배치기준 위반 시는 의료법 제23조의 2에 따라 동법 제21조 제1항 규정에 의거, 후생노동성 및 도도부현의 조례로 정하는 기준에 준하여 적정 의료서비스 제공에 현저한 지장을 초래한 경우 도도부현 지사는 개설자에 대해 기한을 정하여 인력증원을 명하거나, 그 업무의 전부 또는 일부의 정지를 명할 수 있다[25].

의료법과 진료보수 산정요건 중 병원이 실제 간호직원의 배치를 결정하는 근거는 진료보수 산정요건에 따른 간호직원 배치기준이다[26]. 의료법의 간호직원 배

치 표준인원은 진료보수 산정요건의 최하위 수준에 위치시켜 의료기관의 간호직원 배치수준을 개선하도록 유도하고 있다. 즉 진료보수 산정요건에 따른 배치기준은 보다 충실한 배치에 대한 인센티브로서 의료제공의 실정에 따른 인상 여지가 있는 것이 의료법 기준과의 차이점이다.

진료보수 산정요건인 입원기본료는 간호배치, 간호사비율, 평균재원일수 등을 기준으로 간호직원 배치수준별 진료보수를 차등화한다. 2012년 진료보수 산정방법에 따르면 일반병동 입원기본료는 간호직원 1명이 7명을 담당할 때(7:1, 구 1.4:1) 1,566점으로 15명을 담당할 때(15:1, 구 3:1) 945점 대비 1.66배 높다. 여기에 급성기 간호보조자 체제 가산(25:1~75:1) 80~160점과 야간 급성기 간호보조체제 가산(50:1~100:1) 5~10점을 추가 가산할 수 있다[27].

실제로 7:1 입원기본료를 적용하는 병상수는 2006년 5월 6.6%에서 2008년 7월에는 36.2%로 2년만에 5.5배 증가하였으며, 이 중 진료난이도가 높은 특정기능병원 내 일반병동의 7:1 입원기본료 적용 병상수의 비율 또한 동기간 중 15.4%에서 85.5%로 급증하였다[28].

간호직원 배치기준은 의료법의 경우 일평균 입원환자수 기준이며, 진료보수 산정을 위한 입원기본료는 2006년부터 실질 간호배치 개념을 도입, 근무조당 환자대 간호직원 비율로 표기를 전환함으로써, 환자입장에서 간호서비스를 제공하는 간호직원 배치수준을 쉽게 파악할 수 있도록 하였다[24].

표 10. 간호직원 배치기준 표기방법의 변화

연도 구분	표기	배치 소요인원	야간경사배치	환자에 대한 정보제공
2006년 이전	2:1	40/2=20 총 20명 이상 배치	야간배치에 대해서는 야간근무 등 간호가산에 따라 별도 평가	-
2006년 이후	10:1	(40÷10)×3=12 1일 12명 이상 근무 (1명이 150시간 근무일 경우 20명 배치가 필요)	낮번 6명, 초번(주간) 3명, 밤번(심야) 3명 야간가산포괄 병원 재량에 따른 경사배치	병동마다 각 근무대에서 근무하는 간호직원수, 간호직원 1명이 담당하는 환자수를 게시하는 것이 산정요건

### III. 간호사 배치기준 법제화에서의 고려사항

#### 1. 간호사 배치기준의 적정성

안전, 최소, 효율적인 간호사 배치기준을 어떻게, 어느 수준으로 설정하는가는 논란이 계속되는 주제이다. Buchan(2005)은 최소배치기준이 단순하고, 간호사 배치 감소를 막을 수 있어 간호사 노동인구의 안정성을 보장할 수 있는 장점이 있는 반면, '최소' 정의에 있어 평균을 적용할지, 어떻게 최소 기준을 산정할지 등이 단점이 될 수 있다고 하였다[29].

우리나라와 동일하게 의료법에 간호사 정원기준을 두고 있는 일본은 잦은 제·개정이 어려운 법적 정원을 보완하기 위하여 2년마다 개정하는 진료보수상의 간호사 배치기준, 입원기본료의 최하위 수준에 의료법 정원이 위치하고 있다. 즉 의료법 정원을 최소 배치기준으로 간주하고, 건강보험에서의 충분한 수가보상을 통해 적정 간호인력 배치를 유도하고 있다. 반면 우리나라는 의료법 정원(연평균 1일 입원환자를 2.5명으로 나눈 수)이 일반병동 간호관리료 차등제에서 종합병원은 1등급(2.5:1 미만), 상급종합병원은 2등급(2.5:1 미만 2.0:1 이상)으로 상위 등급에 해당된다. 즉 의료법 정원(2.5:1)을 준수하지 않아도 기본점수를 적용하는 6등급이나 5% 감산이 적용되는 7등급을 제외하면 5등급까지는 직전 등급 입원료의 10~15%를 가산받을 수 있는 제도적 모순을 갖고 있다. 뿐만 아니라 현행 간호관리료 차등제의 등급 가산금이 간호등급의 상황조정에 따르는 간호사 인건비성 비용 상승에 미치지 못하여 적정 간호사 배치를 위한 유인책이 되지 못하고 있다[30].

간호사 배치기준 및 표기방법은 국가별 보건의료환경 및 보건의료정책 목표에 따라 다를 수 있다. 2013년 현재 우리나라 의료법은 연평균 1일 입원환자를 2.5명으로 나눈 수, 건강보험의 일반병동 간호관리료 차등제 1등급은 간호사당 병상수 2.0 미만으로 실질 간호배치를 적용, 매 근무조당 간호사당 환자수는 12명(12:1), 10명(10:1)에 준한다. 일본 의료법의 일반병상에 대한 간호직원 표준인원은 3:1[24], 이며, 진료보수상의 입원기본료 최고수준은 실질 간호배치 7:1, 간호사 비율 70% 이상을 최상위 등급과 비교하면 15:1에 준하며, 병상 중

별에 따라 차등화된다[27]. 미국 캘리포니아 주의 간호사 최소 배치기준도 간호단위별로 제시하고 있으며, 내외과계 간호단위는 5:1이다[21]. 즉 실질 간호배치로 환산하여 일반병동 배치기준을 비교하면 간호사당 우리나라 의료법은 12명(12:1), 간호관리료 차등제 1등급은 10명 미만(10:1 미만)으로 일본 입원기본료 7명(7:1), 미국 캘리포니아 주 5명(5:1) 대비 현저히 낮은 수준임을 보여주고 있어 적정 간호사 배치수준에 대한 검토가 필요하다.

배치기준 표기에 있어서도 연평균 1일 입원환자수, 허가병상수 기준보다는 일본 및 미국 등과 같이 실질 간호배치를 적용, 매 근무조당 간호사당 환자수(간호사대 환자비율)를 적용하는 것이 환자 및 소비자의 이해를 도울 수 있다.

간호사-환자 최소 배치기준을 제시, 준수해야 하는 대표적인 국가는 미국, 호주, 일본 등 3개국으로 최소 배치기준 적용시 1일 총 근무인원이 아닌 실제 직접간호를 제공하는 근무조별 배치인원으로 간호관리자 등의 인력은 제외한다[31].

## 2. 간호사 배치기준 준수 관리

의료법의 간호사 정원은 개설 의료기관이 준수하여야 할 의무 사항이다. 그러나 상당수의 의료기관이 의료법 정원을 준수하지 않고, 법에 제시된 행정처분도 적용되지 않고 있는 것은 의료기관의 자발적 개선의지는 물론 행정기관의 법 집행의지 등 관리가 미흡한 것으로 법, 제도 적용에 있어 시급한 개선이 필요함을 보여준다. 반면 일본은 행정처분의 내용은 유사하나, 진료보수상의 충분한 보상으로 간호인력 배치를 상당 부분 개선하였고, 미국 캘리포니아 주는 행정처분을 강화, 강력한 법 집행의지를 보여주고 있다.

미국간호협회(American Nurses Association)는 “안전한 인력배치가 생명을 살린다(Safe Staffing Saves Lives)”는 목표 하에 2003년부터 지속적으로 Registered Nurse Safe Staffing Act 등 연방법 입법을 제안하고 있다. 연방법(안)에는 의료기관이 환자분류체계를 포함, 각 간호단위별 환자요구도, 간호사 업무능력, 보조인력 등을 고려하여 간호인력 배치계획 및 비

율(Nurse Staffing Plans & Ratios)을 설정하되, 이는 직접간호에 참여하는 간호사가 적어도 55%를 구성하고 있는 위원회에서 수립하도록 하고 있다[18].

간호인력 배치를 효율적으로 관리하기 위해서는 간호단위별, 근무조별 필요간호인력을 손쉽게 산출하고, 적정 간호인력에 대한 의사결정을 도와주며, 간호업무량에 따른 환자간호결과를 비교할 수 있는 기초자료의 산출이 가능한 환자분류시스템의 개발 또한 유용하게 활용될 수 있다[32].

## 3. 간호인력 정보의 소비자 공개

간호사 및 간호보조인력 배치수준에 대한 정보 공개는 소비자의 알 권리를 충족시킨다. 우리나라는 개별의료기관의 의료법 정원 준수여부에 대한 정보공개가 법제화되어 있지 않고, 간호관리료 차등제 등급은 건강보험심사평가원 홈페이지에서 개별의료기관별로 간호관리료 등급 산정현황 신고에 준하여 정보조회가 가능하다. 그러나 2010년 3분기 현재 요양기관 중별 간호관리료 차등제 미신고율은 15.3~92.2% 수준으로[15], 이에 대한 국민의 알 권리를 충족한다고 보기 어려우며, 미국 일부 주 및 일본은 간호인력 수준 공개가 법제화되어 있다.

미국은 연방정부 수준의 급성기 의료기관에 대한 간호인력 최소배치기준 및 간호인력 수준에 대한 소비자 공개기전은 마련되어 있지 않으나, 일리노이 주(IL) 등 5개 주(IL, NJ, NY, RI, VT)는 간호인력 수준 공개 혹은 보고가 법제화되어 있다. 주에 따라 차이가 있으나, 간호인력 배치기준은 실제 근무조당 간호사 수 등 소비자가 이해하기 쉬운 내용으로 제시하고, 공개하도록 요구된다. 일리노이 주(IL)는 2003년 간호사 인력계획, 교육 및 훈련 등에 대한 병원 보고를 제도화하는 법안을 통과한 후 2011년 Hospital Licensing Act를 개정, 간호서비스에 대한 서면화된 인력계획 사본을 요청받으면 제공해야 함을 규정, 2012년 1월 1일부터 시행 중이다. 뉴욕 주(NY)는 2009년 제정된 공개법(disclosure legislation)에서 보건의료기관은 법 또는 규정에 의해 간호인력(RN, LPN, unlicensed personnel)의 구성 및 배치 실인원, 환자당 직접간호시간, 투약요류, 욕창, 병



원감염 등 간호인력 배치와 환자결과 정보를 제공하도록 하였다. 버몬트 주(VT)는 2006년 의료기관 환자권리장전에 간호인력 배치비율과 관련된 정보 공개를 포함하도록 법을 제정하였고, 로드아일랜드 주(RI)는 2005년에 법을 제정, 매년 1월에 각 간호단위당 근무조당 환자직접간호를 위한 RN, LPN, CNAs 등 간호인력 계획(core-staffing plan)을 보건부서에 제출하도록 법제화하였다. 뉴저지 주(NJ)는 2005년에 일반병원 및 간호시설에 대하여 각 간호단위 및 근무조당 매일의 간호인력 정보를 게시하도록 법제화하고, 이에 대한 정보는 보건 및 노인서비스 감독관에게 매월 제출하고, 해당 감독관은 분기별로 정보를 공개하도록 하였다[33].

일본은 2008년부터 건강보험을 적용받는 의료기관에 대하여 의료서비스 내용 및 비용에 관한 환자 정보 제공을 촉진하는 관점에서 입원기본료에 관한 신고내용인 간호요원 대 환자 비율, 간호요원 구성 등을 병원 내에 게시하고 있다[34].

#### IV. 결론

간호사 배치기준의 설정은 국가 간 보건의료환경, 간호인력 수급현황, 의료서비스의 질 등 다양한 요인에 따라 차이가 있을 것으로 국가 간 직접적인 비교는 쉽지 않은 사안이다. 간호사는 가장 직접적인 의료서비스 생산자로서[35] 의료법에 간호사 정원기준을 제시하고 있으나, 환자안전 보장 및 간호의 질 향상을 위해서 다음의 몇 가지 사항에 대한 개선이 필요하다. 첫째, 간호사 정원기준이 보건의료환경 변화에 따른 환자안전, 간호서비스의 질 향상 정책목표에 부합되는 수준인지에 대한 검토가 필요하다. 둘째, 의료법의 간호사 정원기준은 의료기관이 준수하여야 할 최소 의무규정으로서 모든 의료기관이 준수하도록 관리되어야 한다. 셋째, 간호사 배치기준은 환자의 이해를 돕고, 평가가 용이하도록 근무조당 입원환자 수 대 간호사 수를 기준으로 한다. 넷째, 병원 간호단위별 근무조별 간호인력 배치정보를 공개하여야 한다[36].

#### 참고 문헌

- [1] 주영희, “경상북도 간호사 현황 분석”, 김천과학대 논문집, 제34집, pp.83-91, 2008.
- [2] 한국보건산업진흥원, 2010 병원경영분석, 2011.
- [3] 박광옥, “간호인력관련 제도 및 정책”, 간호학 탐구, 제15권, 제2호, pp.5-17, 2006.
- [4] 오영호, “2025년까지의 우리나라 간호사 인력의 수요 및 공급 전망”, 보건경제와 정책연구, 제6권, 제3호, pp.139-161, 2010.
- [5] 조성현, 전경자, 김윤미, 박보현, “입원환자 간호관리료 차등제 도입이후 간호사 확보수준의 변화”, 간호행정학회지, 제14권, 제2호, pp.167-175, 2008.
- [6] S. Gordon, J. Buchanan, and T. Bretherton, *Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care*, University Press, 2008.
- [7] <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&subMenu=1&p=&query=%EC%9D%98%EB%A3%8C%EB%B2%95#liBgcolor7>
- [8] [http://medipana.com/news/news\\_viewer.asp?NewsNum=73125&MainKind=A&NewsKind=5&vCount=12&vKind=1](http://medipana.com/news/news_viewer.asp?NewsNum=73125&MainKind=A&NewsKind=5&vCount=12&vKind=1)
- [9] 이상운, 김화준, *의료서비스 질 향상을 위한 병원 인력 구조 개선 방안 - 간호 인력을 중심으로, 연구공동체 건강과 대안, 전국공공서비스노동조합, 2008.*
- [10] 김윤미, 남혜경, 성영희, 박광옥, 박혜옥, “건강보험 간호관리료 수가체계 개선의견 조사분석”, 임상간호연구, 제14권, 제1호, pp.5-14, 2008.
- [11] 보건복지부, *중소병원 간호인력난 시간제 간호사로 해소*, 보도자료, 2009.
- [12] [http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020033000000&cmsurl=/cms/law/05/02/01/1209445\\_13730.html](http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020033000000&cmsurl=/cms/law/05/02/01/1209445_13730.html)
- [13] [http://www.hira.or.kr/rff\\_pds.medicineInfo.do?pgmid=HIRAA030035000000&method=viewStandard&open\\_dt=20120327&seq\\_no=2&matr\\_seq\\_no=14](http://www.hira.or.kr/rff_pds.medicineInfo.do?pgmid=HIRAA030035000000&method=viewStandard&open_dt=20120327&seq_no=2&matr_seq_no=14)

- [14] 보건복지부, 건강보험 요양급여 행위 및 그 상대 가치점수(보건복지부 고시 제2006-54호, 2006. 7. 25), 2006.
- [15] <http://www.pharmstoday.com/news/articleView.html?idxno=72387>
- [16] <http://www.hkn24.com/news/articleView.html?idxno=54430>
- [17] <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2011-title42-vol5/pdf/CFR-2011-title42-vol5-sec482-23.pdf>
- [18] <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/State/Legislative-Agenda-Reports/State-StaffingPlansRatios?css=print>
- [19] [http://www.healthwatchusa.org/conference2008/downloads/nurse\\_to\\_patient\\_ratio.pdf](http://www.healthwatchusa.org/conference2008/downloads/nurse_to_patient_ratio.pdf)
- [20] [http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios\\_12year\\_fight\\_0104.pdf](http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios_12year_fight_0104.pdf)
- [21] [http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios\\_booklet.pdf](http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios_booklet.pdf)
- [22] <http://www.californiahealthline.org/articles/2012/10/4/nurseratio-penalty-rules-expected-in-2013-dph-says.aspx>
- [23] <http://www.leginfo.ca.gov/cgi-bin/displaycode?section=hsc&group=01001-02000&file=1275-1289.5>
- [24] 保健師助産師看護師法60年史編纂委員會, 保健師助産師看護師法60年史—看護行政のあゆみと看護の發展, 日本看護協會出版會, 2009.
- [25] [http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t\\_docframe.cgi?MODE=horei&DMODE=CONTENTS&MODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=196](http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=horei&DMODE=CONTENTS&MODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=196)
- [26] [http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1ay\\_0001.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1ay_0001.pdf)
- [27] <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/2-2.pdf>
- [28] <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1202-8b.pdf>
- [29] J. Buchan, "A certain ratio? The policy implication of minimum staffing ratios in nursing," *J Health Serv Res Policy*, Vol.10, No.4, pp.239-244, 2005.
- [30] 김명애, "병원간호 발전에 큰 획, 간호서비스 수준을 한 차원 끌어올릴 기폭제", *대한간호*, 제46권, 제1호, pp.42-45, 2007.
- [31] S. Gordon, J. Buchanan, and T. Bretherton, *Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care*. ILR Press, 2008.
- [32] 김경옥, 박경순, 서창진, "전산화된 임상 데이터에 기반한 환자 분류 체계 및 간호 인력 관리 방안 : 일개 종합병원 분석 사례", *한국콘텐츠학회논문지*, 제13호, 제3권, pp.287-298, 2013.
- [33] <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/State/Legislative-Agenda-Reports/State-StaffingPlansRatios/Nurse-Staffing-Plans-and-Ratios-Summary-of-Approaches.html>
- [34] [http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1ay\\_0001.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1ay_0001.pdf)
- [35] 박병상, 이용균, 김윤신, "DEA를 이용한 종합병원의 효율성 평가", *한국콘텐츠학회논문지*, 제9권, 제4호, pp.299-312, 2009.
- [36] 유선주, 최경숙, 김현영, *인력기준법 제도 개선방안 연구*, 한국보건산업진흥원, 대한간호협회, 2013.

### 저 자 소 개

유 선 주(Sun-Ju You)

정회원



- 1989년 2월 : 서울대학교 간호학과(간호학사)
- 1992년 8월 : 서울대학교 보건대학원 보건학과(보건학석사)
- 2002년 2월 : 가톨릭대학교 대학원 보건학과(보건학박사)

▪ 1999년 3월 ~ 현재 : 한국보건산업진흥원 수석연구원  
<관심분야> : 간호인력, 질관리, 의료정책, 노인보건